

TRIBUNE

Éthique et assistance médicale à la procréation

Joëlle Belaisch-Allart

Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, centre hospitalier des Quatre-Villes, site de Sèvres, 92318 Sèvres Cedex, France.
j.belaischallart@ch4v.fr

Depuis Louise Brown, premier enfant obtenu par fécondation *in vitro* (FIV) en 1978, en Grande-Bretagne, plus de 5 millions d'enfants sont nés dans le monde après assistance médicale à la procréation (AMP).

L'AMP fascine, car elle a, en apparence, rendu tout (ou presque) possible, la double voire triple maternité (la mère génétique fournit les ovocytes, la mère porteuse prête son utérus, la mère sociale élève l'enfant), la maternité sans ovaires (don d'ovocytes) ou sans utérus (gestation pour autrui), la paternité sans spermatozoïdes (don de sperme), la parentalité à tout âge, voire après la mort, et l'homoparentalité pour les femmes comme pour les hommes. Don d'ovocytes, accueil d'embryon, gestation pour autrui font désormais partie de notre univers quotidien, du moins dans les médias, car au quotidien la réalité est variable selon les pays, leurs lois, leurs morales, leurs croyances.

En France, aucune pratique médicale n'est aussi encadrée par la loi que l'AMP. La loi dite de bioéthique de juillet 1994, revue une première fois en 2004, puis à nouveau en 2011, définit très strictement les conditions d'accès à l'AMP. Fallait-il vraiment tant légiférer sur l'AMP ou accorder plus de confiance aux professionnels ? Certains médecins, dont l'auteur de ces lignes, s'interrogent.

D'après la loi française, l'homme et la femme formant le couple (les couples

homosexuels étant, à l'heure où ces lignes sont écrites, exclus de l'AMP) doivent être vivants et en âge de procréer (terme très flou puisqu'on peut comprendre jusqu'à la mort pour l'homme, et jusqu'à l'âge de la ménopause pour la femme). Vérité ici n'est pas loi au-delà des frontières. Les lois diffèrent dans le monde et même en Europe, car elles sont fondées sur des religions et des traditions différentes.

Le nomadisme procréatique, condamné par certains, permet à ceux qui le peuvent financièrement de bénéficier dans un autre pays des techniques interdites dans leur pays. Certains États, tels que l'Espagne, jugent parfaitement éthique d'indemniser les donneuses d'ovocytes, et les candidates au don venant d'autres pays où toute rétribution est interdite s'y précipitent. D'autres États, tels que la France, bannissent toute forme d'indemnisation, et les donneuses d'ovocytes y sont rares... Les femmes seules, les femmes homosexuelles sont acceptées dans de nombreux pays européens limitrophes, les couples d'hommes dans d'autres pays. Pourquoi de telles différences légales, sur quels fondements reposent-elles ?

Certains n'hésitent pas à affirmer qu'il y a obligation éthique à traiter également toutes les personnes quels que soient leur statut marital et leurs orientations sexuelles tout en respectant bien sûr la clause de conscience des professionnels.¹

L'AMP ne « compense » pas la chute de la fertilité

Le désir tardif d'enfant est devenu un réel problème de société, notamment dans les grandes villes et pour les femmes les plus diplômées. Les progrès de la contraception, les études prolongées, le désir de faire carrière, l'instabilité du marché du travail, l'hostilité des employeurs à l'annonce d'une grossesse, le refus de s'engager de certains conjoints, la méconnaissance, voire le déni des femmes (et des hommes...) de la chute de la fertilité avec l'âge, tout se conjugue pour que les femmes programment de plus en plus tard leur grossesse. Sans compter celles qui, ayant rencontré tôt (trop ?) l'homme de leur vie, à la quarantaine rencontrent un nouveau conjoint et souhaitent concrétiser cette relation par un nouvel enfant...

Contrairement aux idées reçues, l'AMP ne permet pas de lutter contre cette chute de la fertilité, les résultats de tous les traitements sont liés à l'âge de la femme et les inséminations intra-utérines comme la fécondation *in vitro* ou l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde voient leur résultats chuter dès 35 ans, et devenir catastrophiques après 40 ans. Léridon a calculé que, sur 100 femmes voulant un enfant à 40 ans, seul un tiers d'entre elles l'obtiendront grâce à la nature puis à l'AMP. En clair, l'AMP n'est pas la baguette magique qui compense le vieillissement ovarien.²

Seul le don d'ovocytes provenant de femmes jeunes compense le vieillissement des ovaires, mais l'accès en France n'y est guère aisé. De plus, on sait maintenant que les grossesses obtenues par don présentent des risques

obstétricaux majorés (hypertension artérielle, éclampsies) liés à des phénomènes d'immuno-intolérance à ce fœtus totalement étranger. Ce désir tardif d'enfant et les difficultés du don d'ovocytes obligent à s'interroger sur la conservation d'indication non médicale (dite sociétale) de l'ovocyte, c'est-à-dire que les femmes puissent conserver leurs propres ovocytes jeunes plutôt que d'avoir recours à ceux d'une autre femme. La loi de bioéthique de 2011 autorisant la vitrification ovocytaire et proposant aux donneuses sans enfant de conserver une partie de leurs gamètes ouvre la voie à cette autoconservation. Toutefois, 2 ans après la promulgation de la loi, le décret d'application n'est toujours pas publié.

Conserver ses ovocytes ?

L'autoconservation ovocytaire grâce à la vitrification est légale en France, avant traitement potentiellement stérilisant et dans le cadre du don d'ovocytes permettant la création de banques d'ovocytes. Se pose actuellement la question de l'autoconservation, dite sociétale, pour que les femmes puissent conserver leurs ovocytes sans raison médicale autre que prévenir la chute de la fertilité liée à l'âge. Les avantages offerts aux femmes par ces techniques sont évidents, toutefois les conséquences possibles méritent réflexion.³ Cette « assurance procréative » pose de multiples problèmes : sa prise en charge financière (la société ou la femme ?), la limite d'âge pour reprendre ses ovocytes et tenter d'être enceinte (compte tenu des risques réels des grossesses tardives pour la mère et pour l'enfant), le risque de faux espoirs (la grossesse repoussée n'est pas garantie malgré les ovocytes congelés), mais elle est en plein essor à nos frontières, et la France ne pourra pas indéfiniment l'ignorer.

Il serait juste et équitable que la technique d'autoconservation ovocytaire soit potentiellement offerte à toutes les femmes, quel que soit leur statut professionnel, social, financier ou géographique.

Une telle éventualité n'entraînerait probablement pas, et de loin, que toutes les femmes y auraient recours (80 % des naissances en 2009 en France provenaient de mères âgées de moins de 35 ans, Insee 2011).

De nombreux pays acceptent en effet déjà la conservation d'ovocytes dans le cadre de la convenance. Ainsi, aux États-Unis, 64 % des conservations d'ovocytes ont lieu dans ce cadre.⁴ Le comité d'éthique israélien recommande l'autoconservation pour prévenir la chute de la fertilité liée à l'âge.⁵ La *Task Force on Ethics & Law de l'European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE), après un premier avis négatif en 2004, vient de rendre en 2012 un avis favorable, affirmant que les arguments s'opposant à cette technique ne sont plus convaincants.⁶

Sans qu'il soit question de se laisser guider par l'évolution des techniques et de la société, il est impossible de ne pas en tenir compte. Certes, le fait qu'une technique soit disponible ailleurs n'est en rien une justification, mais il est indispensable de réfléchir avant de condamner une pratique ou de la qualifier de non éthique et d'analyser les véritables raisons de nos choix, souvent fondées sur des croyances plus ou moins occultées plus que sur la raison. L'intérêt de l'enfant, trop souvent mis en avant, n'est pas toujours évident. Les vraies valeurs morales (« tu ne tueras point », « tu ne voleras pas »...) sont universelles, comment ne pas s'interroger sur le bien-fondé d'une loi qui interdit ce que l'État voisin autorise, et cela au sein de la même communauté ? La société évolue, les sondages le prouvent, les lois plus lentement, l'éthique doit consister à se poser les questions même si la réponse n'est pas unanime.

« Rien n'est plus dangereux que la certitude d'avoir raison » (François Jacob). •

J. Belaisch-Allart déclare être consultante pour le laboratoire Pfizer, intervenir de façon ponctuelle et être régulièrement prise en charge à l'occasion de congrès par l'ensemble des firmes commercialisant des médicaments utilisés dans le traitement de l'infertilité : Ferring, Ipsen, Merck Serono, Génévrier et MSD.

RÉSUMÉ Éthique et assistance médicale à la procréation

Depuis Louise Brown, premier enfant obtenu par fécondation in vitro en 1978, en Grande-Bretagne, plus de 5 millions d'enfants sont nés dans le monde après assistance médicale à la procréation (AMP). L'AMP fascine car elle a, en apparence, rendu tout (ou presque) possible, la maternité sans ovaires (le don d'ovocytes) ou sans utérus (la gestation pour autrui), la paternité sans spermatozoïdes (le don de sperme), la parentalité à tout âge, voire après la mort, et l'homoparentalité pour les femmes comme pour les hommes. Ces techniques soulèvent de multiples questions, les réponses apportées sont variables selon les pays, leurs lois, leurs morales, leurs croyances, et cette absence de cohérence dans les réponses n'est pas sans poser elle-même question.

SUMMARY Assisted reproductive technologies and ethics

Since the first birth after in vitro fertilization more than 5 million of IVF babies are born in the world. Assisted reproductive technologies captivate the public, they allow maternity without ovary (oocyte donation), without uterus (surrogate mother), paternity without spermatozooids (sperm donation), parentality without limits of age, parentality after death and homoparentality. These technologies arise a lot of ethics questions, the problem is that the answers are not the same all-round the world, laws are based on morals, beliefs, faiths, and convictions. These variations arise themselves questions on the value of these non-universal answers.

RÉFÉRENCES

1. The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons. *Fertil Steril* 2006;86:1333-5.
2. Léridon H. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Hum Reprod* 2004;19:1548-53.
3. Belaisch-Allart J, Darai E, Lévy G, et al. Réflexions sur les indications sociétales de la préservation de la fertilité féminine. *Med Reprod Gynecol Obstet* 2013;15:111-18.
4. Rudick B, Oppen N, Paulson R, Bendikson K, Chung K. The status of oocyte cryopreservation in the United States. *Fertil Steril* 2010;94:2642-6.
5. Israel National Bioethics Council. Guidelines on the obtaining and freezing of eggs for future use. 2009. http://bioethics.academy.ac.il/hebrew/documents/issue1_in.html
6. Dondorp W, De Wert G, Pennings G, et al.; ESHRE Task Force on Ethics & Law. Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. *Hum Reprod* 2012;27:1231-7.